

Solicitud de pastillas anticonceptivas

Datos del Afiliado:

Nº de Afiliado:
Apellido y Nombre:
Fecha de nacimiento: Edad:
Domicilio:
Mail: Teléfono:

Motivo de la prescripción:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Planificación familiar | <input type="radio"/> Oligomenorrea |
| <input type="radio"/> Poliquistosis ovárica | <input type="radio"/> Amenorrea |
| <input type="radio"/> Anemia de causa ginecológica | <input type="radio"/> Polimenorrea |
| <input type="radio"/> Quistes foliculares | <input type="radio"/> Dismenorrea |
| <input type="radio"/> Endometriosis | <input type="radio"/> Otras: |
- Se encuentra bajo tratamiento
Fecha inicio: / /

Antecedentes:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Tabaquismo | <input type="radio"/> Coronariopatías |
| <input type="radio"/> Sobrepeso | <input type="radio"/> Vasculopatías |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Hepatopatías |
| <input type="radio"/> Hipertensión Arterial | <input type="radio"/> ACV |
| <input type="radio"/> TEP | <input type="radio"/> Ant. Familiares Dbt |
| <input type="radio"/> Tumor de mamas | <input type="radio"/> Ant. Familiares Ca Mama |

Ha realizado los siguientes estudios en los últimos 3 años:

- PAP Mamografía

MARCAS	
→ AFRODITA 100%	→ MESIGYNA 100%
→ ALELI 40%	→ MICROGYNON 40%
→ APRIL 100%	→ MICROLUT 100%
→ CAMELIA 40%	→ MICROVLAR 100%
→ CARMIN 40%	→ MILEVA 40%
→ CICLOCUR 40%	→ MINESSE 40%
→ CILEST 40%	→ MIRANOVA 100%
→ CUIDAFEM 40%	→ MIRELLE 40%
→ DIANE 40%	→ NORDETTE 40%
→ ELEKTRA 40%	→ NORFEN 100%
→ EVELEA 100%	→ NORGESTREL 100%
→ EVRA 40%	→ GRA 40%
→ EXLUTON 100%	→ PERLUTAL 100%
→ FEMEXIN 100%	→ PRIMOLUT 40%
→ FEMIANE 40%	→ PROGYNOVA 40%
→ GINELEA 40%	→ SECRET 40%
→ GYNOVIN 40%	→ SOLUNA 40%
→ HARMONET 40%	→ TRIDESTAN 40%
→ ISIS FREE 40%	→ TRIDETTE 40%
→ KALA 40%	→ TRIQUILAR 40%
→ KIRUM 40%	→ UMMA 40%
→ KIRUMELLE 40%	→ VENISSE 40%
→ LIVIANNE 40%	→ ZINNIA 40%
→ LUMILAC 40%	
→ MARVELON 40%	
→ MERCILON 40%	

Prescripción:

Genérico:	Nombre Comercial:	Presentación:	Dosis día:	Dosis mes:
..... Cajas

Lugar y Fecha

Firma y Sello Profesional